

* 問 診 票 *

記入日： 年 月 日 (記入者：)

中学生までのお子さん：体重 kg

熱のある方：体温 ℃

| | | | | | |
|------|----------------|---|---|---------|--|
| ふりがな | | | | | |
| お名前 | | | | (男・女) | |
| 生年月日 | 明治 大正 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 (満 歳) | |
| 住所 | (〒 -) | | | | |
| 電話番号 | 自宅 () | | | | |
| 携帯電話 | () | | | | |

1. 本日は、いつから、どのような症状があるために、受診されましたか。

| どこが | いつから | どのような症状がありますか。あてはまる症状を○で囲んで下さい。 |
|-----|------|---|
| | | 熱がでた 頭が痛い 頭が重い 体がだるい 寒気がする 吐き気がする |
| 右耳 | | 痛い かゆい 汁が出る つまる 聞こえない 耳鳴り 耳あか取ってほしい |
| 左耳 | | 痛い かゆい 汁が出る つまる 聞こえない 耳鳴り 耳あか取ってほしい |
| 鼻 | | くしゃみが出る 鼻汁が出る(水ばな・黄色・緑色) つまる 花粉症 かさぶたができる においを感じない 鼻血がでる いびきがひどい |
| 口 | | 痛い はれた 味がしない 口内炎 |
| のど | | 痛い せきがでる たんがからむ はれた 声がかすれる 熱がある 何かある感じ(違和感がある) 飲み込みにくい |
| 首 | | 痛い はれた 熱がある |
| その他 | | |

2. 今までに耳鼻咽喉科にかかったことがありますか。

| | | |
|-----|----|--|
| いいえ | はい | →いつごろで、何の病気ですか？○で囲んでください。(いつごろ：) 病名： 急性中耳炎 滲出性中耳炎 慢性中耳炎 鼻アレルギー(花粉症) 鼻炎 副鼻腔炎(ちくのう症) 扁桃炎 アデノイド わからない その他() |
|-----|----|--|

3. 現在、他の医療機関にかかっていますか。

| | | |
|-----|----|---|
| いいえ | はい | →何科にかかっていますか。おさしつかえなければご記入ください。 内科 小児科 外科 整形外科 耳鼻咽喉科 脳外科 眼科 皮膚科 その他 医療機関名：() |
|-----|----|---|

4. 現在、お薬を飲まれていますか。

| | | |
|-----|----|------------------------|
| いいえ | はい | →お薬の名前を教えてください。 () |
|-----|----|------------------------|

5. 今までに次の病気にかかったことがありますか。あれば○で囲んで下さい。

| | | |
|-----|----|---|
| いいえ | はい | 高血圧 糖尿病 気管支ぜん息 胃・十二指腸潰瘍 緑内障 動脈硬化 心筋梗塞 腎臓病 肝臓病 前立腺肥大 結核 その他アレルギー性疾患 |
|-----|----|---|

6. 今までに入院したり、手術したりしたことがありますか。おさしつかえなければご記入ください。

| | | |
|-----|----|----------------------------|
| いいえ | はい | →いつごろ、何の病気ですか？ (いつごろ：) |
|-----|----|----------------------------|

7. 薬や食べ物などで気分が悪くなったり、発疹やショックなどを起こしたりしたことはありますか。

| | | |
|-----|----|-----------------------------|
| いいえ | はい | →その薬や食べ物の名前をご記入ください。 () |
|-----|----|-----------------------------|

8. お子さんにお聞きします。薬が出たら、どれがよいですか。

粉末がよい シロップがよい 錠剤がよい どちらでも構わない

9. 女性の方へ (薬や治療法に関連しますのでお尋ねします)

- ・現在、妊娠していますか？ いいえ はい(月) わからない
- ・授乳中ですか？ いいえ はい(月)

10. 診療や薬などのことで伝えておきたいことがあれば、遠慮なくご記入ください。

()

11. 当院を選ばれた理由を教えてください。(あてはまる項目を○で囲んでください)

看板・電話帳・知人友人・家族が受診・インターネット・医師からの紹介・その他()